

Imię, Nazwisko Pacjenta

Miejsce zamieszkania / oddział szpitalny

Dane do kontaktu (np. tel., e-mail)

 Symbol w kraju, w którym wydany
został dokument tożsamości*

PESEL (lub nazwa i numer dokumentu tożsamości)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

data urodzenia

D	D	/	M	M	/	R	R	R	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Rozpoznanie kliniczne / Otrzymywane leki

Przeszczep szpiku

 TAK

Transfuzja ostatnie 3 miesiące

 TAK

Płeć

 Mężczyzna

 Kobieta

dc

tc

KOD ZLECENIA

Pieczęć, nazwa jednostki zlecającej badania REGON, telefon

Miejsce przesłania raportu z badania lub osoba upoważniona do odbioru wyniku

data wystawienia skierowania

D	D	/	M	M	/	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

PŁATNIK

 Kontrahent INVICTA

 NFZ

 Pacjent

 INVICTA

D	D	/	M	M	/	R	R	R	R	R	R	R	G	G	:	M	M
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Data i godzina pobrania materiału

podpis osoby pobierającej materiał

D	D	/	M	M	/	R	R	R	R	R	R	R	G	G	:	M	M
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Data i godzina przyjęcia do Laboratorium INVICTA

podpis osoby przyjmującej materiał

RODZAJ MATERIAŁU
 Krew żylna
 Płyn owodniowy
 Trofoblast
 Materiał z poronienia - nieutralony*
 Materiał z poronienia - bloczek parafinowy*
POBRANIE
 pobrane jałowo (sala zabiegowa)*

 inne warunki (np. materiał pobrany w domu)

*Informujemy, że do badania przyjmujemy wyłącznie kosmówkę lub skrawki parafinowe tkanki płodowej. Nie przyjmujemy do badania całych zarodków (płodów)!

ZLECONE BADANIA GENETYCZNE
 CITO
 Kariotyp z limfocytów krwi obwodowej

 Kariotyp z amniocytów (badanie wykonywane tylko na zlecenie lekarza)

 Diagnostyka prenatalna aneuploidii chromosomów 13, 15, 16, 18, 21, 22 X i Y - QF-PCR z amniocytów.

 Kariotyp z biopsji trofoblastu (badanie wykonywane tylko na zlecenie lekarza)

 Kariotyp z histeroembrioskopii genetycznej (badanie wykonywane tylko na zlecenie lekarza)

 Badanie chromosomów: 13, 15, 16, 18, 21, 22, X, Y - (QFPCR) z materiału z poronienia

 Badanie wszystkich chromosomów z materiału z poronienia - (NGS)

 Oznaczenie płci płodu z materiału z poronienia - (PCR)

 Kariotyp z materiału z poronienia - metodą hodowli komórkowej

 Inne

WSKAZANIA DO WYKONANIA BADANIA

*proszę zaznaczyć właściwie

Kariotyp z limfocytów krwi obwodowej
 Niepowodzenia rozrodu (2 poronienia lub więcej u pacjentki lub u żony pacjenta) o nieznannej etiologii

 Niepłodność męska/żeńska o niewyjaśnionej etiologii

 Nosicielstwo aberracji chromosomowych

 Obciążony wywiad rodzinny (proszę podać ewentualnie wyniki badań cytogenetycznych członków rodziny, opis wad)

 Nieprawidłowa budowa i/lub funkcja organów płciowych, sugerująca np. zespół Turnera lub Klinefeltera.

 Upośledzenie umysłowe i/lub cechy dysmorficzne (proszę podać typ oraz stopień upośledzenia)

 znaczny niedobór wzrostu o nieznannej etiologii u kobiet

 pierwotny lub wtórny brak miesiączki o nieznannej etiologii

 Inne - proszę podać jakie:

Kariotyp z amniocytów
 Wiek ciężarnej powyżej 35 r. ż.

 Wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej u płodu lub dziecka kariotyp:.....

 Stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka / kariotyp:.....

 Stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenetycznie lub wieloczynnikowo

 Stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu (podać ryzyko)

• Ryzyko wystąpienia trisomii chr. 13

• Ryzyko wystąpienia trisomii chr. 18

• Ryzyko wystąpienia trisomii chr. 21

 inne - proszę podać jakie:

SUMA BADAŃ

czytelny podpis Pacjenta

podpis i pieczęć lekarza zlecającego

* Symbol w kraju: Grecja - EL, Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii - UK, Polska - PL, Rosja - RU, Białoruś - BY, Ukraina - UA, Szwecja - SE, Niemcy - DE

Do wykonania badania genetycznego niezbędna jest świadoma zgoda pacjenta, która znajduje się na drugiej stronie skierowania.
VERTE / str. 1/2

DEKLARACJA ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIA GENETYCZNE

Wypełnia Pacjent

1. Deklaracja Świadomej Zgody w celu izolacji DNA/RNA i wykonania molekularnych/cytogenetycznych badań diagnostycznych, mających na celu identyfikację zmian w DNA w związku z podejrzeniem/rozpoznanie klinicznym choroby:.....

Oświadczam, że:

1. Uzyskałam/em od lekarza zlecającego badanie informację, o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186, z późn. zm.), w szczególności o istocie podejrzonej choroby i znaczeniu diagnostycznym planowanego badania genetycznego.
2. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody * aby wyizolowane DNA było przechowywane po zakończeniu badania i anonimowo wykorzystane do genetycznych badań naukowych mających na celu poszerzenie wiedzy na temat molekularnego podłoża chorób genetycznych.
Zgadzą się/nie zgadzam się * na informowanie mnie w przyszłości o wynikach badań naukowych wtedy, gdy mogłyby one stanowić podstawę rozpoznania choroby genetycznej lub zwiększonego jej rozwoju.
3. W przypadku badań genetycznych tkanek z poronienia, wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań genetycznych w materiale pochodzącym z poronienia w celu ustalenia, czy przyczyną była wada chromosomowa zarodka/płodów.
4. Jestem świadoma/y, że pobrany materiał będzie przechowywany do czasu wykonania wszystkich badań w odpowiednich warunkach oraz, że istnieje ryzyko naturalnej degradacji próbek/preparatów i w konsekwencji potrzeby wykonania kolejnego pobrania.
5. Jestem świadoma/y, że w niektórych sytuacjach wynik badania może być niejednoznaczny i w konsekwencji może zaistnieć konieczność wykonania badań uzupełniających.
6. Zostałam/em poinformowana/y, że w przypadku zaistnienia innego niż podane stosunku pokrewieństwa pomiędzy członkami badanej rodziny, może dojść do niewłaściwej interpretacji wyniku badań.
7. Zostałam/em poinformowana/y, że uzyskany wynik badania może wskazywać na konieczność pobrania materiału biologicznego od innych członków rodziny.
8. Jeśli w okresie od pobrania materiału do badań do dnia wystawienia wyniku pacjent niepełnoletni ukończy 18 rok życia, przed wydaniem wyniku konieczne będzie podpisanie przez niego formularza „Deklaracja Świadomej Zgody”.
9. Zostałam/em poinformowana/y o skutkach nieprawidłowego pobrania, przechowywania i transportu materiału i zrozumiałam/em te informacje.
10. Rozumiem, że badanie zostanie wykonane z materiału, który został dostarczony przeze mnie lub w moim imieniu i osoba przyjmująca materiał nie ma możliwości sprawdzenia przy odbiorze jego jakości ani określenia możliwości wykonania badania.
11. Materiał zostanie przyjęty i przekazany do laboratorium zgodnie z opisem na skierowaniu. Invicta nie ponosi odpowiedzialności za treść skierowania/zlecenia, które zostało wystawione przez lekarza.
12. Jestem świadoma/y, iż w przypadku braku oczekiwanego wyniku, w związku z kosztami diagnostyki, jakie poniosło Laboratorium Medyczne Invicta opłata za badanie nie będzie podlegała zwrotowi.
13. Zostałam/em poinformowana/y, że metody stosowane w badaniu nie dają całkowitej gwarancji wykrycia niewielkich aberracji chromosomowych ani przypadków mozaikowości.
14. Wskazania do amniopunkcji opracowano na podstawie Programu Badań Prenatalnych NFZ. Wskazania te mogą ulegać zmianie i mogą nie być aktualne w chwili wykonywania badania. Ostateczną decyzję o skierowaniu na badania podejmuje lekarz zgodnie z aktualnym stanem wiedzy i wskazaniami medycznymi.
15. Mam świadomość, że wykonanie badania może zostać powierzone innemu laboratorium, jeżeli będzie to konieczne w celu realizacji usługi.
16. Zostałam/em poinformowana/y o możliwości zniszczenia próbek biologicznych po wykonaniu badania, na które wyraziłam/em zgodę.
17. Wyrażam zgodę, jeżeli zajdzie potrzeba na transport i wykonywanie badania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej: tak nie
18. Badanie genetyczne jest wykonywane po raz pierwszy: tak nie
(w przypadku odpowiedzi negatywnej):
Wcześniej wykonano badanie genetyczne:
(rodzaj badania)
Powyższe badanie wykonano w:
(miejsce i nazwa placówki)
19. Oświadczam, że podane DANE PACJENTA są zgodne z prawdą, wyrażam zgodę na pobranie.
20. Administratorem danych osobowych są Medyczne Laboratoria Diagnostyczne Invicta Spółka z o.o. z siedzibą w Sopocie. Dane osobowe są przetworzone w celu wykonania badania genetycznego. Więcej informacji dotyczących przetwarzania danych osobowych znajduje się na stronie internetowej: <https://www.invicta.pl/rodo-dla-pacjenta>

.....
Podpis lekarza

.....
data

.....
data

.....
imię nazwisko pacjenta/opiekuna prawnego